

انفرادی کنبہ جاتی خدمت کا منصوبہ [Individualized Family Service Plan (IFSP)]

طبی اپوائنٹمنٹ کی تاریخ:	IFSP میٹنگ کی تاریخ:	IFSP میٹنگ کی نوعیت: <input type="checkbox"/> عبوری <input type="checkbox"/> ابتدائی <input type="checkbox"/> سالانہ تجزیہ
--------------------------	----------------------	--

بچہ اور کنبہ کی معلومات

بچے کا نام (پہلا / درمیانی / آخری):	
تاریخ پیدائش:	ID نمبر:
پتہ:	MA نمبر:
والدین / سرپرست / قائم مقام کا نام:	گھر کا فون:
پتہ:	گھر کا فون:
پتہ:	دفتر کا فون:
ای میل:	سیل فون:
رابطے کا بہترین وقت:	رابطے کا بہترین طریقہ: <input type="checkbox"/> گھر کا فون <input type="checkbox"/> دفتر کا فون <input type="checkbox"/> سیل فون <input type="checkbox"/> ای میل

ٹیم میں شرکت کنندگان کے دستخط

ابتدائی مداخلت کی خدمات کی فراہمی میں براہ راست فریضے کی حامل ہر ایجنسی یا فرد اس IFSP میں مذکور نتائج کے حصول میں اہل بچے اور کنبہ کی اعانت کرنے کا ذمہ دار ہے۔

خدمت کے منتظم	تاریخ	تجزیہ کار / تشخیص کنندہ (یا حسب مناسبت کسی اور وسیلے کی معرفت شمولیت)	تاریخ
عبوری / متبادل خدمت کے منتظم	تاریخ	دیگر شرکت کنندہ	ایجنسی / لقب
سرپرست ایجنسی کا نمائندہ	تاریخ	دیگر شرکت کنندہ	ایجنسی / لقب
والدین (ماں باپ دونوں) / سرپرست / قائم مقام	تاریخ	دیگر شرکت کنندہ	ایجنسی / لقب

خدمت کے منتظم کی معلومات

اگر اس IFSP یا آپ کے بچے اور کنبہ کے سات کام کرنے والے کسی ہی فرد کے بارے میں آپ کے سوالات ہیں تو اپنی خدمت کے منتظم سے رابطہ کریں
خدمت کے منتظم کا نام:
ایجنسی:
پتہ:
دفتر کا فون:
ای میل:

IFSP میٹنگ کی مجوزہ تاریخیں

مجوزہ تاریخ شش ماہی IFSP جائزہ:
مجوزہ تاریخ سالانہ IFSP جائزہ کی تاریخ:
مجوزہ تاریخ کی حد عبوری منصوبہ بندی کی میٹنگ:

حصہ 1 - میرے بچے کی نشوونما کے بارے میں معلومات

جزء 1 - صحت سے متعلق معلومات

عمومی صحت

ولادت کے وقت آپ کے بچے کی شکم مادر میں رہنے کی عمر کیا تھی؟ _____ ہفتے _____ دن

ولادت کے وقت آپ کے بچے کا وزن کتنا تھا؟ _____ پونڈ _____ اونس یا _____ گرام

آپ کی بنیادی نگہداشت کا معالج یا نگہداشت صحت کا دیگر پیشہ ور فرد کون ہے؟ _____ فون:

مدافعتی ٹیکے

کیا آپ کے پاس اپنے بچے کی ٹیکہ کاری کے ریکارڈ کی نقل ہے؟ ہاں نہیں
اگر نہیں، تو آپ کے بچے کی ٹیکہ کاری کے ریکارڈ کی نقل حاصل کرنے کے لئے جو حکمت عملیاں استعمال ہوں گی انہیں بیان کریں۔کیا ٹیکہ کاری کے ریکارڈ میں آپ کے بچے کی سال بہ سال عمر کے لئے درکار مدافعتی ٹیکوں کا اندراج ہے؟ ہاں نہیں
اگر نہیں تو مطلوبہ مدافعتی ٹیکے لگوانے کے لئے آپ کے بچے کے واسطے کون سی حکمت عملیاں لاگو ہوں گی؟

جو ٹیکے لگ چکے ہیں انہیں بیان کریں (جلی حروف میں مذکور ٹیکے سرکاری اسکول کے لئے مطلوب ہیں):

DTaP/DT پولیو PCV7 HepB Hib روٹاوائرس MMR Hep A MCV4 خسرہ

جو ٹیکے درکار ہیں انہیں بیان کریں (جلی حروف میں مذکور ٹیکے سرکاری اسکول کے لئے مطلوب ہیں):

DTaP/DT پولیو PCV7 HepB Hib روٹاوائرس MMR Hep A MCV4 خسرہ

سر فہرست اسکریننگ / جانچ پڑتال

کیا آپ کے بچے کی رہبری کی سطح کی جانچ پڑتال ہوئی ہے؟ ہاں نہیں
اگر ہاں تو وہ سطح کیا تھی؟ _____
کیا اپنے بچے کی رہبری کی سطح کے بارے میں کوئی تشویش ہے؟ ہاں نہیں
اگر ہاں تو براہ کرم بیان کریں۔ _____

تغذیہ

کیا آپ کے بچے کے کھانا کھانے، عمومی تغذیہ یا نشوونما کے بارے میں کوئی تشویش ہے؟ ہاں نہیں
اگر ہاں تو براہ کرم بیان کریں۔

عمومی صحت کی تشویشات

کیا آپ کے بچے کی صحت کے بارے میں کوئی چیز (خصوصی ساز و سامان، الرجیاں، دیگر دماغی یا جسمانی معلومات) ایسی ہے جس کے بارے میں ٹیم کو آپ کے بچے اور کنبہ کے لئے بہتر ڈھنگ سے خدمات کا منصوبہ بنانے اور فراہم کرنے کے لئے جاننا چاہیے؟

حصہ I - میرے بچے کی نشوونما کے بارے میں معلومات

جزء B - نشوونما کی موجودہ سطحیں

تجزیہ کی صورتحال: اندراج عبوری (ولادت تا 3 سال) اخراج (ولادت تا 3 سال) عبوری (3 سال تا کنڈرگارٹن کی عمر) اخراج (3 سال تا کنڈرگارٹن کی عمر)

نشوونما کی موجودہ سطحیں

شعبہ	تشخیص کی تاریخ (ماہ / دن / سال)	تشخیص کے آلہ (آلات) کا نام	عمر بہ اعتبار تاریخ	عمر کی سطح / عمر کا دائرہ	کیفیتی وضاحت
شعور					
مواصلت					
سماجی یا جذباتی					
توافقی					
جسمانی					
سماعت	کیا آپ کا بچہ نوزائیدہ بچوں کی سماعت کی عالمی سطح کی جانچ پڑتال میں پاس ہو گیا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> اطلاق نہیں ہوتا کیا آپ کے بچے کو سماعت کے مکمل تجزیے کے لئے ماہر سمعیات کو دکھایا گیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> کیا آپ کے بچے کی سماعت کے بارے میں کوئی تشویش ہے؟ تجزیہ / مشاہدہ کے نتائج:				
بصارت	کیا آپ کے بچے بصارت کی جانچ پڑتال ہوئی ہے؟ کیا آپ کے بچے کی بصارت کے بارے میں کوئی تشویش ہے؟ تجزیہ / مشاہدہ کے نتائج:				

حصہ I - میرے بچے کی نشوونما کے بارے میں معلومات

جزء C - ابتدائی مداخلت کی خدمات کے لئے اہلیت

اہلیت

آپ کا بچہ تجزیہ کی کارروائی کے نتائج کی بنیاد پر ابتدائی مداخلت کی خدمات کا اہل ہ اہلیت کی بنیاد ایک زمرہ پر ہے جس پر ذیل میں نشان لگا ہوا ہے۔

 کم از کم نشوونما سے متعلق 25% تاخیر

میرا بچہ اس وجہ سے ابتدائی مداخلت کی خدمات کا اہل ہے کہ میرے بچے کو نشوونما کے درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ شعبوں میں کم از کم 25% تاخیر کا سامنا ہو رہا ہے۔ ان سبھی پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے:

شعور مواصلت سماجی یا جذباتی توافقی جسمانی: لطیف حرکت مجموعی حرکت

 خلاف معمول نشوونما یا برتاؤ

میرا بچہ اس وجہ سے ابتدائی مداخلت کی خدمات کا اہل ہے کہ میرا بچہ نشوونما کے درج ذیل میں سے ایک یا کئی شعبوں میں خلاف معمول نشوونما کا اظہار کر رہا ہے، جس کے نتیجے میں آئندہ بھی تاخیر ہونے کا امکان ہے۔ ان سبھی پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے:

شعور مواصلت سماجی یا جذباتی توافقی جسمانی: لطیف حرکت مجموعی حرکت

 جسمانی یا دماغی کیفیت کی تشخیص جس کے نتیجے میں نشوونما سے متعلق تاخیر ہونے کا کافی زیادہ امکان ہے

میرا بچہ اس وجہ سے ابتدائی مداخلت کی خدمات کا اہل ہے کہ اس میں ایسی جسمانی یا دماغی کیفیت کی تشخیص ہوئی ہے جس کے نتیجے میں نشوونما سے متعلق تاخیر ہونے کا کافی زیادہ امکان ہے۔ یہ فہرست ہر طرح سے جامع نہیں ہے۔ ان سبھی پر نشان لگائیں جس کا اطلاق ہوتا ہے:

- کروموزوم سے متعلق بے اعتدالی: ڈاؤن سنڈروم _____ دیگر: _____
- پھیپھڑے کا دیرینہ عارضہ [Chronic lung disease (CLD)]
- خلقی انفیکشن جو علامتی ہوتا ہے (جیسے، HIV)
- CNS کی شمولیت کے ساتھ وابستہ استحالیات کی خلقی خرابیاں (جیسے، میپل سیرپ پیشاب کا مرض اور گلیکٹوسیمیا)
- ایسے شیر خوار بچے جن میں ماں باپ کے الکحل کے بیجا استعمال کے واضح اثرات نظر آتے ہیں (جیسے مہلک الکحل سنڈروم)
- درون رحم رکھے جانے والے آلات کی ابتلاء سے متاثرہ بچے جن کے لئے علاج کی ضرورت ہوتی ہے یا درون رحم نشوونما کی تحدید کا ثبوت دیکھنے کو ملتا ہے۔
- جوف دماغ کے اندر جریان خون - گریڈ III یا IV
- سر فہرست زہر خورانی، نیز 20 ug/dL یا اس سے زیادہ تر سر فہرست سطح
- تذلیل کے نتیجے میں دماغ کو معتدل سے لے کر شدید نوعیت کا ورم دماغ
- عصبی انحطاط پذیری کی بے اعتدالیان نیز ایام شیر خوارگی اور ابتدائے طفولیت میں اس کا آغاز (جیسے، ایڈرنولیوکوڈائسٹروفی، ٹے سیجز کا مرض)
- پیری وینٹریکلر لیوکومالیسیا (PVL)
- قبل از وقت ولادت نیز ولادت کے وقت 1200 گرام (2 پونڈ 10 اونس) سے بھی کم وزن ہونا۔
- غشی کی بے اعتدالی جہاں غشی بار بار پڑتی ہے یا اس پر قابو پانا مشکل ہوتا ہے یا بار بار کے شعوری نقص کے ساتھ خفتہ کیفیت وابستہ ہوتی ہے (جیسے، ایام طفولیت والے تشنج)
- حسباتی نفاص
- نابینا یا بصری لحاظ سے معذور
- گونگا یا اونچا سنا
- شدید خلقی بے وضعی (جیسے میننگومانیلوسیل اور خلقی ہائیڈرو سیفالس)
- جراحی نیکروٹائزنگ انٹروکولائٹس (NEC)
- دیگر: _____
- دیگر: _____
- دیگر: _____

حصہ I - میرے بچے کی نشوونما کے بارے میں معلومات

جزء D - خوبیاں اور ضروریات

خوبیاں اور ضرورتیں

آپ کے بچے کی انفرادی خوبیوں اور ضرورتوں کی وضاحت سے ابتدائی مداخلت کی خدمات کا منصوبہ بنانے وقت ایسی گرانقدر معلومات حاصل ہوتی ہے جس سے آپ کے بچے اور کنبہ کے لئے نتائج کی تیاری میں مدد ملے گی۔

میرے بچے کی ضرورتیں	میرے بچے کی خوبیاں
<p>وہ بعض چیزیں کیا ہیں جو میرے بچے کے لئے مسابقت طلب ہیں؟ وہ بعض چیزیں کیا ہیں جنہیں انجام دینے کا طریقہ میرے بچے کو ابھی تک معلوم نہیں ہے؟</p>	<p>وہ بعض چیزیں کیا ہیں جنہیں کرنا میرے بچے کو پسند ہے؟ وہ بعض چیزیں کیا ہیں جنہیں میرا بچہ اچھی طرح کرتا ہے؟</p>

حصہ II - میرے کنبہ کے بارے میں معلومات

جزء A - تشویشات، ترجیحات، اور وسائل

تشویشات، ترجیحات، اور وسائل

آپ کے بچے اور کنبہ کا بہترین تعاون کرنے کے لئے، آپ کے کنبہ کے لئے اہمیت کے حامل امور اور تشویشات کے بارے میں جاننا کارآمد ہوتا ہے۔ آپ کے کنبہ کی تشویشات، ترجیحات، اور وسائل نتائج کی تیاری اور آپ کے بچے اور کنبہ کی ضروریات پوری کرنے کے واسطے حکمت عملیوں و سرگرمیوں کی نشاندہی کے لئے استعمال ہوں گی۔ آپ اپنی پسند کے مطابق معمولی سے معمولی اطلاع کا ہی اشتراک کرسکتے ہیں۔

میرے کنبہ کے وسائل	میرے کنبہ کی ترجیحات	میرے کنبہ کی تشویشات
وہ وسائل جو تعاون، بشمول افراد، سرگرمیوں، پروگراموں / تنظیموں کے لئے میرے بچے / کنبہ کے پاس موجود ہے۔	میرے بچے کے لئے میری امیدیں اور تمنائیں۔ سر دست میرے بچے اور / یا کنبہ کے لئے انتہائی اہم چیزیں۔	وہ تشویشات جو مجھے اپنے بچے کی صحت اور نشوونما کے بارے میں لاحق ہیں۔ وہ معلومات، وسائل، تعاون جو مجھے اپنے بچے اور / یا کنبہ کے لئے درکار ہے یا جس کا میں خواہاں ہوں۔

یہ معلومات درج ذیل کو استعمال کرتے ہوئے کنبہ کو سامنے رکھ کر کی جانے والی تشخیص کی معرفت اکٹھا کی گئی تھی۔ ان سبھی پر نشان لگائیں جس کا اطلاق ہوتا ہے:

عمر اور مراحل سے متعلق سوالنامہ [Ages and Stages

(Questionnaire (ASQ)

دیگر اسباب / طریقے: _____

مقامی طور پر تیار کردہ کنبہ جاتی انٹرویو کے اسباب

معمولات پر مبنی انٹرویو (RBI)

کنبہ جاتی رو بہ زوال کنبہ کو سامنے رکھ کر کی جانے والی تشخیص۔

حصہ II - میرے کنبہ کے بارے میں معلومات

جزء B - قدرتی ماحول

قدرتی ماحول میں معمولات

ابتدائی مداخلت کی خدمات قدرتی ماحول میں فراہم کی جاتی ہیں۔ قدرتی ماحول ایک ایسا مقام ہوتا ہے جہاں آپ کا بچہ اور کنبہ وقت گزارتا ہے، جیسے گھر پر، نگہداشت اطفال کے پروگرام، یا دیگر معاشرتی ادارے میں۔ قدرتی ماحول وہ ہوتا ہے جہاں خاص طور پر بچے کھیلنے اور سیکھنے ہیں۔ ذیل کی معلومات سے ہمیں اس قدرتی ماحول کا تعین کرنے میں مدد ملے گی جس میں آپ کے بچے اور کنبہ کو ابتدائی مداخلت کی خدمات موصول ہوتی ہیں۔

آپ کا بچہ / کنبہ کہاں وقت گزارتا ہے؟ ان سبھی پر نشان لگائیں جس کا اطلاق ہوتا ہے:

<input type="checkbox"/> بچے کا گھر	<input type="checkbox"/> ارلی ہیڈ اسٹارٹ / ہیڈ اسٹارٹ	<input type="checkbox"/> کنبہ جاتی امدادی مرکز
<input type="checkbox"/> نگہداشت اطفال کا مرکز	<input type="checkbox"/> لائبریری	<input type="checkbox"/> والدین کی جائے ملازمت
<input type="checkbox"/> مذہبی ادارہ	<input type="checkbox"/> کنبہ کے فرد کا گھر	<input type="checkbox"/> پناہ گاہ
<input type="checkbox"/> کنبہ جاتی نگہداشت اطفال	<input type="checkbox"/> نونہالوں کا پلے گروپ	<input type="checkbox"/> دیگر: _____
<input type="checkbox"/> جوڈی سنٹر		

وہ کون سی بعض سرگرمیاں ہیں جو آپ کنبہ کے بطور ایک ساتھ کرنا چاہتے ہیں؟

کیا کوئی ایسی چیز ہے جو آپ کنبہ کے بطور کرنا چاہتے ہیں، لیکن فی الوقت نہیں کر سکتے ہیں؟

آپ کے بچے اور کنبہ کے روزانہ کے معمولات کیا ہیں؟ کیا ان میں سے کچھ معمولات مسابقت طلب ہیں؟ کیا ایسے بھی دیگر معمولات ہیں جنہیں آپ کا کنبہ طے کرنا چاہتا ہے؟

وہ کون سی رکاوٹیں ہیں جو آپ کے بچے اور کنبہ کو آپ کے روزانہ کے معمولات اور سرگرمیوں میں شریک ہونے سے باز رکھتی ہیں؟

یہ پروگرام اہم معمولات میں بہتری لانے یا اس کی تخلیق کرنے کی آپ کے کنبہ کی تمناؤں میں کس طریقے سے بہترین مدد کر سکتا ہے؟

حصہ III - میرے بچے کی نشوونما سے متعلق میرے بچے کے کنبہ جاتی نتائج

بچے اور کنبے سے متعلق نتائج

آپ کے بچے کی نشوونما کی موجودہ سطح سے ماخوذ معلومات اور مشترکہ رپورٹوں، آپ کے بچے کی خوبیوں اور ضرورتوں، آپ کی کنبہ جاتی تشویشات، ترجیحات اور وسائل، اور آپ کے روزانہ کے معمولات کی بنیاد پر، اس منصوبے کا جسے ہم انجام تک پہنچانا چاہتے ہیں اور مخصوص مطلوبہ اقدامات کا پتہ چلتا ہے۔ براہ کرم اپنے بچے اور / کنبے کے لئے اپنے ترجیحی نتائج، بشمول خاص اہلیتوں اور سیاق و سباق پر گفتگو کر لیں۔ ایک علاحدہ ”بچے اور کنبے سے متعلق نتائج“ نامی فارم پر نتیجے کے لئے مکمل کیا گیا ہے:

نتیجہ	حکمت عملیاں / سرگرمیاں / آموزشی مواقع	قابل پیمائش کسوٹی
آپ کیا چیز پیش آتے ہوئے دیکھنا چاہتے ہیں؟	ترجیحی نتیجے کو انجام تک پہنچانے میں مدد کے لئے کون سے اقدامات اپنانے کی ضرورت ہے؟	ہمیں کیسے معلوم ہوگا کہ نتیجہ کب حاصل ہوا؟

مقررہ وقت

شرکاء - کون شامل ہوں گے؟

نام:	لقب:	فون / ای میل:
نام:	لقب:	فون / ای میل:
نام:	لقب:	فون / ای میل:
نام:	لقب:	فون / ای میل:

نتیجے کی پیشرفت کا جائزہ

کوڈ:	تاریخ:	مخففات:	تبصرے:

جائزہ کے کوڈ: وہ کوڈ منتخب کریں جس کا بہترین اطلاق ہوتا ہے۔

- 1- ماہر - ہم نے اسے کر لیا!
- 2- زیر کارروائی - ہم پیشرفت کر رہے ہیں۔
- 3- ترقی کی ضرورت ہے - اُنہی ہم مطابقتیں اختیار کرتے ہیں۔
- 4- مزید درکار نہیں ہے
- 5- ملتی شہ

نتیجے کی پیشرفت پر جواب - (صرف پیشرفت کے جائزہ کا کوڈ 3 کے لئے درکار ہے)

کوڈ:	تاریخ:	مخففات:	تبصرے:

جائزہ کے کوڈ: وہ کوڈ منتخب کریں جس کا بہترین اطلاق ہوتا ہے۔

- 1- نتیجے پر نظر ثانی کریں
- 2- حکمت عملیوں / سرگرمیوں میں ترمیم کریں
- 3- خدمت تبدیل کریں
- 4- دیگر: _____

حصہ IV - میرے بچے کی ابتدائی مداخلت کی خدمات

ابتدائی مداخلت کی خدمات

ابتدائی مداخلت کی خدمات آپ کے بچے کی نشوونما کو اور آپ کے بچے کی ضرورتیں پوری کرنے کی آپ کے کنبے کی لیاقت کو افزوں کرتی ہیں۔ ہر ابتدائی مداخلت کی خدمات انفرادی بچے اور کنبہ جاتی نتائج کا تعاون کرتی ہیں۔ ہر خدمت/تعاون/ادارہ کے لئے ایک علاحدہ "ابتدائی مداخلت کی خدمات" نامی فارم مکمل کیا گیا ہے:

ادارہ	خدمت کی وضاحت				خدمت کی نوعیت
	طریقہ	گنجائش	تعداد	اجلاسوں کی تعداد	
<input type="checkbox"/> گریلو (بچے کے کنبہ یا نگرانوں کی اصل اقامت) <input type="checkbox"/> معاشرے پر مبنی ادارہ (براہ کرم بیان کریں): <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم بیان کریں): <input type="checkbox"/> دیگر ادارے کے لئے جواز:	<input type="checkbox"/> گروپ <input type="checkbox"/> انفرادی	فی اجلاس روادوں کی تعداد: <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> دیگر:	<input type="checkbox"/> صرف ایک بار <input type="checkbox"/> یومیہ <input type="checkbox"/> ہفتہ وار <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> سالانہ <input type="checkbox"/> سہ ماہی <input type="checkbox"/> نیم سالانہ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> دیگر:	براہ کرم بیان کریں:
دیگر ادارے (معاشرتی یا گھر پر مبنی نہیں)	معاشرے پر مبنی ادارے (جہاں غیر معذور بچے خاص طور پر پائے جاتے ہیں)		خدمت کی نوعیت		
1. ابتدائی مداخلت کا مرکز / معذور بچوں کے لئے کلاس 2. خدمت فراہم کنندہ کا جائے وقوع (جیسے خارجی مریض، سمعیات) 3. ہسپتال (داخلی مریض) 4. رہائشی سہولت 5. دیگر	8. کریاتہ دکان 9. باغیچہ / کھیل کا میدان 10. ریستوران 11. معاشرتی / تفریحی مرکز 12. والدین کی جائے ملازمت 13. پناہ گاہ 14. دیگر	1. نگہداشت اطفال کا مرکز (بشمول کنبہ جاتی یومیہ نگہداشت) 2. پری اسکول پروگرام 3. مستقل نرسری اسکول 4. ابتدائی طفولیت کا مرکز 5. ارلی ہیڈ اسٹارٹ / ہیڈ اسٹارٹ 6. جوڈی سنٹر 7. لائبریری	9. نفسیاتی 10. عبوری نگہداشت 11. سوشل ورک 12. خصوصی تدریس 13. گویانی / لسانی معالجہ 14. بصارتی خدمات 15. دیگر	1. سمعیات 2. کنبہ جاتی صلاحکاری / تربیت 3. صحت 4. طبی (صرف تشخیص اور تجزیہ) 5. نرسنگ 6. تغذیہ 7. شغلی معالجہ 8. طبی معالجہ	

مالی ذمہ داری: خدمات کی ادائیگی کے لئے ذمہ دار ایک ایجنسی پر نشان لگائیں۔ <input type="checkbox"/> مقامی اسکولی نظام <input type="checkbox"/> مقامی محکمہ صحت <input type="checkbox"/> مقامی محکمہ برائے سماجی خدمت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم بیان کریں):	فراہم کنندہ ایجنسی: خدمت فراہم کرنے والی ایجنسی کا نام ریکارڈ کریں۔ ہر ایجنسی کے اندر معیاری متن کا عہدہ استعمال کریں۔
باز ادائیگی کا وسیلہ: باز ادائیگی کے ایک وسیلے پر صرف اس وقت نشان لگائیں جب مالی لحاظ سے ذمہ دار کے طور پر نامزد ایجنسی کسی اور وسیلے سے خدمت کے لئے ادائیگی کی عرضی دینے کا ارادہ کرتی ہو۔ <input type="checkbox"/> طبی اعانت <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم بیان کریں):	فراہم کنندہ کا نام / فون نمبر: خدمت فراہم کرنے والے فرد کا نام اور فون نمبر ریکارڈ کریں۔
مجوزہ خدمت کے آغاز کی تاریخ: جس تاریخ کو خدمت شروع ہونے کی تجویز ہے اسے ریکارڈ کریں۔ ماہ / دن / سال	مجوزہ خدمت پر نظر ثانی کی تاریخ: جس مجوزہ تاریخ کو خدمت پر نظر ثانی ہونی ہے اسے ریکارڈ کریں۔ ماہ / دن / سال
مجوزہ دورانیہ: جس مقررہ وقت تک خدمت فراہم کی جائے گی اسے ریکارڈ کریں۔ ماہ / سال	خدمت کے اختتام کی تاریخ: جس تاریخ کو خدمت ختم ہونی ہے اسے ریکارڈ کریں۔ ماہ / دن / سال

حصہ IV جاری - میرے بچے کی ابتدائی مداخلت کی خدمات

ابتدائی مداخلت کی خدمات (جاری)

معاون ٹکنالوجی	
کیا میرے بچے / بچی کی عمل آوری کی لیاقتوں کو بڑھانے، برقرار رکھنے، یا اس میں اصلاح لانے کے لئے اسے معاون ٹکنالوجی کی خدمات یا آلات درکار ہیں؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں

معاون ٹکنالوجی کی نوعیتیں۔ ان سبھی پر نشان لگائیں جس کا اطلاق ہوتا ہے:	
	<input type="checkbox"/> روزمرہ کی زندگی کی سرگرمیاں (ADL) <input type="checkbox"/> توافقی کمپیوٹر ہارڈ ویئر <input type="checkbox"/> توافقی کمپیوٹر سافٹ ویئر <input type="checkbox"/> سمعی امدادی آلات <input type="checkbox"/> تزییدی اور متبادل مواصلتی آلہ (AAC) <input type="checkbox"/> ماحولیات پر قابو پانے کی اکائیاں (ECUs) <input type="checkbox"/> حرکت پذیری کے امدادی آلات <input type="checkbox"/> کھیل کود، تفریح، اور فارغ اوقات کے امدادی آلات <input type="checkbox"/> بیٹھنا اور وضع اختیار کرنا <input type="checkbox"/> نقل و حمل / حفاظتی امدادی آلات <input type="checkbox"/> بصارتی امدادی آلات <input type="checkbox"/> دیگر

فراہم کنندہ	
فراہم کنندہ کا نام:	
	فون:
	ای میل:

نقل و حمل	
کیا یہ منصوبہ میرے بچے اور / یا کنبہ کو ابتدائی مداخلت کی خدمات حاصل کرنے کا اہل بنانے کے لئے لازمی نقل و حمل پر مشتمل ہے؟	
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

نقل و حمل کی نوعیتیں:	
	<input type="checkbox"/> والدین مع باز ادائیگی <input type="checkbox"/> اسکول بس <input type="checkbox"/> کیب / ٹیکسی <input type="checkbox"/> عوامی نقل و حمل مع باز ادائیگی <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم بیان کریں)
کیا میرے بچے کے نقل و حمل کے لئے کوئی خصوصی ساز و سامان درکار ہے؟	
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

فراہم کنندہ	
فراہم کنندہ کا نام:	
	فون:
	ای میل:

حصہ V - خدمت کے روابط

خدمت کے روابط

خدمت کے روابط وہ معاشرتی خدمات اور تعاون ہیں جو آپ کے بچے کی نشوونما کو اور آپ کے بچے اور کنبہ کی ضرورتیں پوری کرنے کی آپ کے کنبہ کی لیاقت کو افزوں کرنے کے لئے تیار کی گئی ہیں۔ کنبہ کے ہر فرد کے لئے ایک علاحدہ ”خدمت کے روابط“ نامی فارم مکمل کیا گیا ہے۔

خدمت کے روابط کنبہ کے درج ذیل افراد کے لئے فراہم کیے گئے ہیں۔ (درج ذیل میں سے صرف ایک پر نشان لگائیں۔)

اہل بچہ بھائی بہن کنبہ والدین / سرپرست دیگر رشتہ دار

فراہم کیے جانے والے خدمت کے روابط (ان سبھی پر نشان لگائیں جس کا اطلاق ہوتا ہے۔)

نگہداشت اطفال / تقویت	آمدنی میں اعانت	طبی / صحت	دیگر
<input type="checkbox"/> قبل / بعد از نگہداشت اطفال	<input type="checkbox"/> ہنگامی مالی اعانت	<input type="checkbox"/> تشخیص	<input type="checkbox"/> تعلیم بالغان
<input type="checkbox"/> کیمپ، یومیہ / رہائشی	<input type="checkbox"/> مالی صلاحکاری	<input type="checkbox"/> دندانہی خدمات	<input type="checkbox"/> نگہداشت اطفال کا وسائلی مرکز،
<input type="checkbox"/> ارلی ہیڈ اسٹارٹ / ہیڈ اسٹارٹ	<input type="checkbox"/> فورڈ اسٹامپس	<input type="checkbox"/> تشخیصی / مشاورتی مطب	<input type="checkbox"/> مقامی
<input type="checkbox"/> کنبہ جاتی یومیہ نگہداشت	<input type="checkbox"/> عوامی اعانت	<input type="checkbox"/> ساز و سامان / آلات	<input type="checkbox"/> کنبہ جاتی امدادی مرکز
<input type="checkbox"/> اجتماعی طور پر نگہداشت	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> صحت بیمہ	<input type="checkbox"/> کنبہ جاتی تعاون کا نیٹ ورک، مقامی
<input type="checkbox"/> اطفال کے مراکز	<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> گھریلو نگہداشت صحت	<input type="checkbox"/> کنبہ جاتی تعاون کا نیٹ ورک، ریاستی
<input type="checkbox"/> درون خانہ نگہداشت اطفال	<input type="checkbox"/> صلاحکاری	<input type="checkbox"/> ہسپتال میں بھرتی ہونا	<input type="checkbox"/> گھر پر ملاقات کا پروگرام۔ (براہ کرم بیان کریں)
<input type="checkbox"/> پری اسکول پروگرام	<input type="checkbox"/> نوخیزی	<input type="checkbox"/> مدافعتی ٹیکے	<input type="checkbox"/> اقامت کاری
<input type="checkbox"/> نجی تدریس	<input type="checkbox"/> روزگار	<input type="checkbox"/> دماغی صحت کی خدمات	<input type="checkbox"/> جوڈی سنٹر
<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> کنبہ	<input type="checkbox"/> والدینی نگہداشت	<input type="checkbox"/> قانونی خدمات
	<input type="checkbox"/> موروثی	<input type="checkbox"/> نسخہ والی دوائیں	<input type="checkbox"/> والدین کی تعلیم
	<input type="checkbox"/> اقامت کاری	<input type="checkbox"/> ابتدائی نگہداشت صحت	<input type="checkbox"/> پروجیکٹ کی خود مختاری
	<input type="checkbox"/> ازدواجی	<input type="checkbox"/> اسکریننگ	<input type="checkbox"/> تفریحی پروگرام
	<input type="checkbox"/> خصوصی	<input type="checkbox"/> منشیات کے بیجا استعمال سے متعلق	<input type="checkbox"/> امدادی گروپ
	<input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> معالجہ	<input type="checkbox"/> دیگر
		<input type="checkbox"/> جراحی طریق کار	
		<input type="checkbox"/> خواتین، شیر خوار، اور بچے سے	
		<input type="checkbox"/> متعلق (WIC) پروگرام	
		<input type="checkbox"/> دیگر	

خدمت کے رابطے کے فراہم کنندگان

فراہم کنندہ کا نام:	فراہم کنندہ کا نام:
فون / ای میل:	فون / ای میل:
فراہم کنندہ کا نام:	فراہم کنندہ کا نام:
فون / ای میل:	فون / ای میل:

کنبہ کے لئے خدمت کے محفوظ روابط میں مدد کی حکمت عملیاں

ادائیگی کے وسائل (ان سبھی پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے۔)	خدمت کے محفوظ روابط میں شامل فرد (افراد)
<input type="checkbox"/> صحت کے نظم و نسق سے متعلق تنظیم (HMO)	نام:
<input type="checkbox"/> طبی اعانت	لقب:
<input type="checkbox"/> کوئی فیس نہیں	فون:
<input type="checkbox"/> دیگر صحت کا بیمہ	ای میل:
<input type="checkbox"/> والدین: مکمل ادائیگی	
<input type="checkbox"/> والدین: تخفیفی فیس	
<input type="checkbox"/> دیگر:	

حصہ VI - اجازت نامہ (نامے)

اجازت نامہ (نامے)

والدین / سرپرست / قائم مقام کی اجازت

- مجھے / ہمیں اس انفرادی کتبہ جاتی خدمت کا منصوبہ (IFSP) کی تیاری میں شرکت کرنے کا موقع ملا تھا اور IFSP میٹنگ کی معقول اطلاع فراہم کی گئی ہے۔
- مجھے / ہمیں والدین کے حقوق: میری لینڈ کے دستوری خفصات کی اطلاع اور میری لینڈ کے ابتدائی مداخلت کے نظام کے بارے میں کتبہ جاتی دستی کتابچہ کی وصولیابی کی معرفت اس پروگرام کے تحت میرے / ہمارے والدینی حقوق سے مطلع کر دیا گیا ہے۔
- ابتدائی مداخلت کی خدمات IFSP میں مذکور کے مطابق فراہم کی جائیں گی۔ مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ IFSP کا تجزیہ کم از کم ہر چھ (6) ماہ پر ہوگا۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ میری / ہماری منظوری رضاکارانہ ہے اور میں / ہم کسی بھی وقت منظوری کا عدم قرار دے سکتا ہوں / سکتے ہیں۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ ریکارڈز بغیر میری / ہماری دستخط کردہ اور تحریری منظوری کے جاری نہیں کیے جائیں گے سوائے کتبہ جاتی تعلیم کے حقوق اور رازداری سے متعلق ایکٹ (FERPA) کے ضوابط کے تحت۔ یہ قانون ابتدائی مداخلت کے نظام میں شریک ایجنسیوں کو ابتدائی مداخلت کے ریکارڈز جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ عوامی ایجنسی ریاست پیمائشیوں کی معرفت معلومات جمع کرے گی۔ یہ ڈیٹا بیس میری لینڈ ریاست محکمہ تعلیم (MSDE) اور حسب مناسبت، دیگر ایجنسیوں کے ذریعہ، پروگراموں کی مالی اعانت کا اہل بنانے کے لئے استعمال ہوگا۔
- مجھے / ہمیں IFSP ٹیم کے فیصلے (فیصلوں) سے میری / ہماری آبائی زبان میں اور مواصلت کے دیگر ذریعے سے مطلع کر دیا گیا ہے۔
- اس منصوبے سے ان نتائج کی عکاسی ہوتی ہے جو میرے / ہمارے بچے اور کتبہ کے لئے اہم ہیں۔
- مجھے / ہمیں منصوبہ اور والدینی حقوق معلوم ہیں اور اس IFSP کو نافذ کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

تاریخ

والدین (ماں باپ دونوں) / سرپرست / قائم مقام کا دستخط

طبی اعانت نمبر

- میں / ہم معذور بچوں کے معاملے کے نظم و نسق کے لئے خدمت کے منتظم کو قبول کرنے کا انتخاب کرتا ہوں / کرتے ہیں۔ مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ اس خدمت کا مقصد درکار طبی، سماجی، تعلیمی اور دیگر خدمات تک رسائی حاصل کرنے میں اعانت کرنا ہے۔ مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ اس خدمت کے تسلسل کا انحصار معذور بچوں کے لئے خدمت کے انتظام کے اہلیتی تقاضوں، [COMAR 10.09.40] کو پورا کرنے پر ہے۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ یہ خدمت دیگر طبی اعانت کے وظائف کے لئے شرکت کنندہ کی اہلیت کو محدود نہیں کرتی یا بصورت دیگر اس پر اثر انداز نہیں ہوتی ہے۔ مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ میں / ہم اپنے بچے کے لئے کیس منیجر / خدمت کے منتظم کا انتخاب کرنے کو آزاد ہوں / ہیں۔
- میں / ہم فراہم کنندہ ایجنسی کو خدمت کے نظم و نسق، ساتھ ہی صحت سے وابستہ خدمات کے لئے، جو میرے بچے کے نتائج کے نفاذ سے وابستہ ہیں میڈیکل سے اخراجات کی باز یابی کی اجازت دیتا ہوں / دیتے ہیں۔ مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ اگر میں / ہم فراہم کنندہ ایجنسی کو طبی اعانت کے فنڈوں تک رسائی کی اجازت دینے سے انکار کرتا ہوں / کرتے ہیں تو یہ عوامی ایجنسی کو اس امر کو یقینی بنانے کی اس کی ذمہ داریوں سے بری قرار نہیں دیتا ہے کہ سبھی مطلوبہ خدمات میرے / ہمارے بچے کو میرے / ہمارے کتبے پر عائد کسی معاوضے کے بغیر فراہم کیے گئے ہیں۔

طبی اعانت (MA) نمبر

بچے کا نام جلی حروف میں

تاریخ

والدین (ماں باپ دونوں) / سرپرست / قائم مقام کا دستخط

حصہ VII - میرے بچے کی منتقلی سے متعلق معلومات

جزء A - تین سال کی عمر میں منتقلی

3 سال کی عمر میں منتقلی

منتقلی کی منصوبہ بندی کی میٹنگ کی تاریخ:

میٹنگ میں تاخیر کی وضاحت

اگر منتقلی کی منصوبہ بندی کی میٹنگ بچے کی تیسری سالگرہ سے پہلے پہلے منعقد نہیں ہوئی تھی تو ذیل کے جواب پر نشان لگائیں جس سے ایک وضاحت حاصل ہوجاتی ہے۔ (صرف ایک پر نشان لگائیں۔)

کنبہ سے رابطہ کرنے کی کوششیں ناکام ہوگئی تھیں۔

بچے کو 34.5 ماہ کی عمر میں یا اس کے بعد لایا گیا تھا۔

کنبہ نے میٹنگ میں شرکت کرنے سے انکار کر دیا۔

دیگر:

اگر منتقلی کے منصوبے کی میٹنگ بچے کو 33 ماہ کی عمر کا ہوجانے کے بعد منعقد ہوتی ہے تو ذیل کے جواب پر نشان لگائیں جس سے ایک وضاحت حاصل ہوجاتی ہے۔ (صرف ایک پر نشان لگائیں۔)

کنبہ سے رابطہ کرنے کی کوششیں ناکام ہوگئی تھیں۔

بچے کو 31.5 ماہ کی عمر میں یا اس کے بعد لایا گیا تھا۔

کنبہ نے میٹنگ کا وقت دوبارہ طے کرنے یا اس میں تاخیر کرنے کی گزارش کی۔

دیگر:

پری اسکول کی خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات (حصہ B) کے لئے اہلیت پر غور و خوض

والدین حصہ B اہلیت پر غور و خوض کرنا چاہتے ہیں۔

والدین حصہ B اہلیت پر غور و خوض کرنا نہیں چاہتے ہیں۔

معاشرتی خدمات

کیا کنبہ کو معاشرتی خدمات کے پاس بھیجا جا رہا ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں تو ان خدمات پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے۔

نشوونما سے متعلق / طبی / صحت:

نشوونما سے متعلق معالجے (حصہ C اور حصہ B کے علاوہ)

ساز و سامان / آلات

گھریلو نگہداشت صحت

مدافعتی ٹیکے

دماغی صحت کی خدمات

ابتدائی نگہداشت صحت

خواتین، شیر خوار، اور بچوں (WIC) سے متعلق پروگرام

نگہداشت اطفال / تقویت

کیمپس

کنبہ جاتی ہومیہ نگہداشت

اجتماعی نگہداشت اطفال

ایوبین اسٹارٹ

پیڈ اسٹارٹ

پلے گروپ

پری اسکول پروگرام:

___ عوامی

___ نجی

تفریحی پروگرام

جوڈی سنٹر

پری اسکول والے نوخیز افراد کے والدین کے لئے گھریلو تدریس (HIPPI)

کنبہ جاتی تعاون

کنبہ جاتی امدادی مرکز

گھر پر ملاقات کا پروگرام (براہ کرم بیان کریں)

والدین کی تعلیم

امدادی گروپ

دیگر:

دیگر معاشرتی خدمات:

منتقلی کی منصوبہ بندی کی میٹنگ سے متعلق نوٹس / آئندہ کے اقدامات

سرمگرمیاں	مقررہ اوقات	ذمہ دار فرد (افراد)

ابتدائی IEP کی اہلیت کے تعین کی میٹنگ کے نتائج (خصوصی تعلیم کے عملہ کے ذریعہ مکمل کیا جائے)

خصوصی تعلیم کا عملہ: یہ جزء مکمل کریں اور ابتدائی IEP کی اہلیت کے تعین کی میٹنگ کے فوراً بعد حصہ C ڈیٹا انٹری میں جمع کریں۔ اس بیان پر نشان لگائیں جو ابتدائی IEP کی اہلیت کے تعین کی میٹنگ کے نتائج کو بناتا ہے۔

بچے کو IFSP کے ذریعہ رواں خدمات کے لئے یا پری اسکول کی خصوصی تعلیم اور IEP کی معرفت متعلقہ خدمات کے لئے اہل قرار دیا گیا ہے۔

بچے کو IFSP کے ذریعہ رواں خدمات کے لئے یا پری اسکول کی خصوصی تعلیم اور IEP کی معرفت متعلقہ خدمات کے لئے نا اہل قرار دیا گیا ہے۔

حصہ VII - میرے بچے کی منتقلی سے متعلق معلومات

جزء B - تین سال کی عمر کے بعد منتقلی

3 سال کی عمر کے بعد منتقلی

خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات (حصہ B) پر غور و خوض

کنڈرگارٹن کی عمر سے پہلے

- والدین IEP کی معرفت پری اسکول کی خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات پر غور و خوض کرنا چاہتے ہیں۔
 والدین IEP کی معرفت پری اسکول کی خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات پر غور و خوض کرنا نہیں چاہتے ہیں۔

کنڈرگارٹن کی عمر میں

- والدین IEP کی معرفت خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات پر غور و خوض کرنا چاہتے ہیں۔
 والدین IEP کی معرفت خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات پر غور و خوض کرنا نہیں چاہتے ہیں۔

معاشرتی خدمات

کیا کتبہ کو معاشرتی خدمات کے پاس بھیجا جا رہا ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں ت، ان خدمات پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے۔

نشوونما سے متعلق / طبی / صحت:	نگہداشت اطفال / تقویت	کتبہ جاتی تعاون
<input type="checkbox"/> نشوونما سے متعلق معالجے (حصہ B اور حصہ B کے علاوہ) <input type="checkbox"/> ساز و سامان / آلات <input type="checkbox"/> گھریلو نگہداشت صحت <input type="checkbox"/> مدافعتی ٹیکے <input type="checkbox"/> دماغی صحت کی خدمات <input type="checkbox"/> ابتدائی نگہداشت صحت <input type="checkbox"/> خواتین، شیر خوار، اور بچے (WIC) سے متعلق پروگرام	<input type="checkbox"/> کیمپس <input type="checkbox"/> کتبہ جاتی یومیہ نگہداشت <input type="checkbox"/> اجتماعی نگہداشت اطفال <input type="checkbox"/> ایوبین اسٹارٹ <input type="checkbox"/> ہیڈ اسٹارٹ <input type="checkbox"/> پلے گروپ <input type="checkbox"/> پری اسکول پروگرام: <input type="checkbox"/> عوامی <input type="checkbox"/> نجی <input type="checkbox"/> تفریحی پروگرام <input type="checkbox"/> جوڈی سنٹر <input type="checkbox"/> پری اسکول والے نوخیز افراد کے والدین کے لئے گھریلو تدریس (HIPPI)	<input type="checkbox"/> کتبہ جاتی امدادی مرکز <input type="checkbox"/> گھر پر ملاقات کا پروگرام (براہ کرم بیان کریں) <input type="checkbox"/> والدین کی تعلیم <input type="checkbox"/> امدادی گروپ <input type="checkbox"/> دیگر: دیگر معاشرتی خدمات:

میٹنگ کے نوٹس / آئندہ کے اقدامات

سرگرمیاں	مقررہ اوقات	ذمہ دار فرد (افراد)

IEP کی اہلیت کے تعین کی میٹنگ کے نتائج، اگر قابل اطلاق ہو (خصوصی تعلیم کے عملہ کے ذریعہ مکمل کیا جائے)

- خصوصی تعلیم کا عملہ: یہ جزء مکمل کریں اور IEP کی اہلیت کے تعین کی میٹنگ کے فوراً بعد حصہ C ڈیٹا انٹری میں جمع کریں۔ اس بیان پر نشان لگائیں جو IEP کی اہلیت کے تعین کی میٹنگ کے نتائج کو بتاتا ہے۔
- بچے کو IEP کی معرفت خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات کا اہل قرار دیا گیا ہے۔
- بچے کو IEP کی معرفت خصوصی تعلیم اور متعلقہ خدمات کا نا اہل قرار دیا گیا ہے۔

حصہ VIII – والدین کی منظوری (تین سال کی عمر میں یا اس سے پہلے)

کنبہ کی پسند: IFSP کی خدمات کے تسلسل کے لئے منظوری یا منسوخی کی درخواست کرنا

کنبوں کو اختیار حاصل ہے

- مجھے / ہمیں سالانہ اطلاع نامہ، ”اس وقت اگلے اقدامات کے سلسلے میں ایک کنبہ جاتی رہنما جب ابتدائی مداخلت میں شامل آپ کا بچہ 3 سال کا ہوجاتا ہے - کنبوں کو اختیار حاصل ہے“ کی کاپی موصول ہوگئی ہے۔
- مجھے / ہمیں معذور افراد کی تعلیم سے متعلق ایکٹ (IDEA) کے تحت انفرادی کنبہ جاتی خدمت کا منصوبہ (IFSP) کی معرفت دستیاب ابتدائی مداخلت کی خدمات اور IDEA کے تحت انفرادی تعلیمی پروگرام (IEP) کی معرفت دستیاب پری اسکول کی خصوصی تعلیم کے مابین اختلافات کے بارے میں مطلع کر دیا گیا ہے۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ میرے / ہمارے بچے کے پاس ایک تازہ ترین IFSP ہے اور میرے / ہمارے بچے کو IDEA کے تحت معذور بچے کے طور پر پری اسکول کی خصوصی تعلیم کا اہل پایا گیا ہے۔
- مجھے / ہمیں IFSP کی معرفت ابتدائی مداخلت کی خدمات بدستور حاصل کرتے رہنے کے لئے IFSP کے اختیار یا IEP کی معرفت خصوصی تعلیم کی پری اسکول کی خدمات شروع کرنے کے مابین انتخاب کرنے کے میرے / ہمارے حق سے مطلع کر دیا گیا ہے۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ اگر میں / ہم IEP کی معرفت اپنے بچے کے لئے خدمات حاصل کرنے کا انتخاب اور IFSP کی خدمات منسوخ کرتا ہوں / کرتے ہیں تو میرا / ہمارا بچہ اور کنبہ IFSP کی معرفت مزید اہل نہیں رہے گا۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ اگر میں / ہم IFSP کی معرفت اپنے بچے کے لئے خدمات حاصل کرنے کا انتخاب کرتا ہوں / کرتے ہیں تو کسی بھی وقت میں / ہم IFSP کی معرفت ابتدائی مداخلت کی خدمات میں شرکت کو منسوخ اور IEP کی معرفت خصوصی تعلیم والی پری اسکول کی خدمات شروع کرنے کا انتخاب کرسکتا ہوں / کرسکتے ہیں۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ اگر میں / ہم IFSP کی معرفت اپنے بچے کے لئے خدمات حاصل کرنے کا انتخاب کرتا ہوں / کرتے ہیں تو کسی بھی وقت میں / ہم IFSP کی معرفت ابتدائی مداخلت کی خدمات میں شرکت کو منسوخ اور IEP کی معرفت خصوصی تعلیم والی پری اسکول کی خدمات شروع کرنے کا انتخاب کرسکتا ہوں / کرسکتے ہیں۔
- مجھے / ہمیں معلوم ہے کہ IFSP کی خدمات کو جاری رکھنے کے سلسلے میں میری / ہماری منظوری رضاکارانہ ہے اور میں / ہم کسی بھی وقت منظوری کالعدم قرار دے سکتا ہوں / سکتے ہیں۔

کنبہ کی پسند

ایک باکس پر نشان لگائیں۔

- میں / ہم اپنے بچے کی تیسری سالگرہ کے بعد IFSP کی معرفت اپنے بچے اور کنبہ کے لئے ابتدائی مداخلت کی خدمات جاری رکھنے کی منظوری دیتا ہوں / دیتے ہیں۔
- میں / ہم 3 سال کی عمر میں IFSP کی معرفت اپنے بچے اور کنبہ کے لئے ابتدائی مداخلت کی خدمات کو منسوخ کرنے کی گزارش کرتا ہوں / کرتے ہیں۔

تاریخ

والدین (ماں باپ دونوں) / سرپرست / قائم مقام کا دستخط

تاریخ

خدمت کے منتظم

تاریخ

ایجنسی / لقب

دیگر شرکت کنندہ

تاریخ

ایجنسی / لقب

دیگر شرکت کنندہ

انفرادی کنبہ جاتی خدمت کا منصوبہ (IFSP) فارم شامل / تبدیل کریں

IFSP کا جائزہ

IFSP کا جائزہ	بچہ اور کنبہ کی معلومات میں ہونے والی تبدیلیاں
<p>جائزہ کی نوعیت: ایک منتخب کریں۔</p> <p>میٹنگ کی تاریخ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> چہ ماہی</p> <p><input type="checkbox"/> سالانہ</p> <p><input type="checkbox"/> فراہم کنندہ کی عرضی</p> <p><input type="checkbox"/> والدین کی عرضی</p> <p><input type="checkbox"/> والدین / فراہم کنندہ کی عرضی</p>	<p>(آبادیاتی معلومات میں ہونے والی تبدیلیوں کے لئے والدین کا دستخط ضروری نہیں ہے)</p> <p>بچے کی معلومات:</p> <p>بچے کا نام: _____</p> <p>پتہ: _____</p> <p>فون: _____</p> <p>تاریخ پیدائش: _____</p> <p>طبی اعانت نمبر: _____</p>
<p>جائزہ کی صورتحال: ایک منتخب کریں۔</p> <p><input type="checkbox"/> جاری رکھیں IFSP</p> <p><input type="checkbox"/> میں ترمیم کریں IFSP</p> <p><input type="checkbox"/> خدمت میں اضافہ</p> <p><input type="checkbox"/> خدمت میں ترمیم</p> <p><input type="checkbox"/> خدمت کا اختتام</p> <p><input type="checkbox"/> نتائج شامل / ان میں ترمیم کریں</p> <p><input type="checkbox"/> IFSP ختم کریں (اگر منتخب کیا ہو تو ذیل میں "غیر فعال صورتحال کی وجہ" والا جزء مکمل کریں۔)</p>	<p>کنبہ کی معلومات:</p> <p>نام: _____</p> <p>پتہ: _____</p> <p>فون: _____</p> <p>ای میل: _____</p> <p>بچے کے ساتھ رشتہ: _____</p>
<p>غیر فعال صورتحال کی وجوہات: ایک منتخب کریں۔</p> <p>غیر فعال ہونے کی تاریخ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> رابطہ کی کوششیں ناکام رہیں (پیدائش تا کنڈرگارٹن کی عمر)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 سال کی عمر کو پہنچنے سے قبل IFSP کی تکمیل (ولادت تا 3 سال)</p> <p><input type="checkbox"/> وفات ہوگئی (ولادت تا کنڈرگارٹن کی عمر)</p> <p><input type="checkbox"/> نا اہل قرار دیا گیا (نوٹ: یہ بچہ کسی اہل نہیں تا۔) (ولادت تا 3 سال)</p> <p><input type="checkbox"/> ریاست سے باہر چلا گیا (ولادت کا کنڈرگارٹن کی عمر)</p> <p><input type="checkbox"/> کسی اور حلقے میں چلا گیا (ولادت کا کنڈرگارٹن کی عمر) حلقے کا نام: _____</p> <p><input type="checkbox"/> والدین کی دستبرداری (ولادت تا کنڈرگارٹن کی عمر)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 سال کی عمر میں منتقلی (IFSP جاری نہیں ہے) (ولادت تا 3 سال)</p> <p><input type="checkbox"/> کنڈرگارٹن کی عمر کو پہنچنے سے پہلے IFSP کی تکمیل (3 سال کی عمر تا کنڈرگارٹن کی عمر)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 سال کی عمر کے بعد منتقلی (3 سال کی عمر تا کنڈرگارٹن کی عمر)</p>	<p>خدمت کے منتظم کی معلومات:</p> <p>بچے کا نام: _____</p> <p>ایجنسی: _____</p> <p>فون: _____</p> <p>ای میل: _____</p>

مجھے / ہمیں اس IFSP کے جائزہ کی معقول اطلاع فراہم کی گئی ہے۔ مجھے / ہمیں اس IFSP کے جائزے میں شرکت کرنے کا موقع دیا گیا تھا۔ مجھے / ہمیں والدین کے حقوق: میری لہنڈ کے دستوری تحفظات کی اطلاع کی معرفت میرے / ہمارے والدینی حقوق سے مطلع کر دیا گیا ہے اور اس جائزہ کی بنیاد پر IFSP کی کسی نظر ثانی کو نافذ کرنے کے لئے ابتدائی مداخلت کے پروگرام کے لئے اجازت دینا ہوں / دیتے ہیں۔

تاریخ	والدین (ماں باپ دونوں) / سرپرست / قائم مقام کا دستخط
تاریخ	خدمت کے منتظم
تاریخ	دیگر شرکت کنندہ
تاریخ	دیگر شرکت کنندہ